

A N E X O VII

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA CONSULTA DE VERIFICACIÓN DE DATOS DE RESIDENCIA DEL HIJO O LA HIJA MENOR

Mediante este documento D./Dña. _____,
con DNI _____, en representación de mi hijo/hija menor
D./Dña. _____ con DNI _____, presto mi
consentimiento para la consulta al Sistema de Verificación de Datos de Resi-
dencia para que los datos de empadronamiento sean recabados de oficio por
parte del Real Patronato sobre Discapacidad (Real Decreto 523/2006, de 28 de
abril).

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo.:

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR LA CONSULTA DE VERIFICACIÓN DE DATOS DE RESIDENCIA DEL FAMILIAR DEPENDIENTE

Mediante este documento D./Dña. _____,
con DNI _____, presto mi consentimiento para la consulta al
Sistema de Verificación de Datos de Residencia para que los datos de empa-
dronamiento sean recabados de oficio por parte del Real Patronato sobre Dis-
capacidad (Real Decreto 523/2006, de 28 de abril).

En _____ a ____ de _____ de _____

Fdo.: